EOLIA
COURTAGE EN ASSURANCES

DOSSIER D'ADHESION AFI ESCA : Comment souscrire ?

Remplir un dossier d'adhésion d'assurance n'est pas toujours simple, **EOLIA** vous propose donc ce « mode d'emploi » afin de vous aider dans votre démarche.

Vous y trouverez des explications afin de remplir au mieux votre bulletin d'adhésion, ainsi qu'un tableau pour vous aider à déterminer quelques formalités médicales vous devez fournir, en fonction de votre âge et du montant de vos prêts. Pour finir, nous vous décrivons la procédure de souscription chez AFI ESCA, afin que vous ne soyez pas perdus tout au long de cette démarche.

Un dossier d'adhésion complet doit contenir :

- Le(s) bulletin(s) d'adhésion complété(s) et signé(s).
- Les formalités médicales (cf. tableau).
- Un RIB.
- La photocopie de vos pièces d'identité.
- Les fiches standardisées complétées et signées.
- Le plan de financement de votre banque.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez une question, nous sommes à votre disposition au 02.40.58.14.68 ou par mail à : emprunteur@eolia-assurances.fr

Comment remplir votre bulletin d'adhésion AFI ESCA ?

Téléchargez le bulletin d'adhésion sur http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur.html et suivez nos indications pour le compléter.

Renseignez ici les informations vous concernant

Personne à assurer

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom, prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Nationalité : _____ Profession exacte : _____

Références et date de délivrance du document d'identité présenté : _____

Adresse actuelle : _____ | Adresse future : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____ | Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse email : _____

Souscripteur *(Si différent de la personne à assurer)*

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ société*

Nom, prénom ou raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Statut juridique* : _____ N° SIREN* : _____ *(*) Joindre extrait Kbis de moins de 3 mois*

Nom du correspondant représentant la Société(*) : _____ Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Renseignements concernant le(s) prêt(s)

Objet du(des) prêt(s) : ☐ Prêt au logement : Si oui, est-ce pour l'acquisition d'une résidence principale ? ☐ OUI ☐ NON

☐ Prêt professionnel (locaux, matériel) ☐ Prêt à la consommation

☐ Restructuration de crédit ☐ Autres (à préciser) : _____

Prêt n°	Montant initial du prêt	Quotité à garantir (en %)	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) (**)	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de Prêt			
						Fixe	Variable	amortissable	in fine (**)	Par paliers	Autre (à préciser)
1	€					☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____
2	€					☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____
3	€					☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____
4	€					☐	☐	☐	☐	☐	☐ _____

(**) En cas de prêt in fine ou de prêt amortissable avec différé, y a t-il remboursement des intérêts pendant la période de différé : ☐ OUI ☐ NON

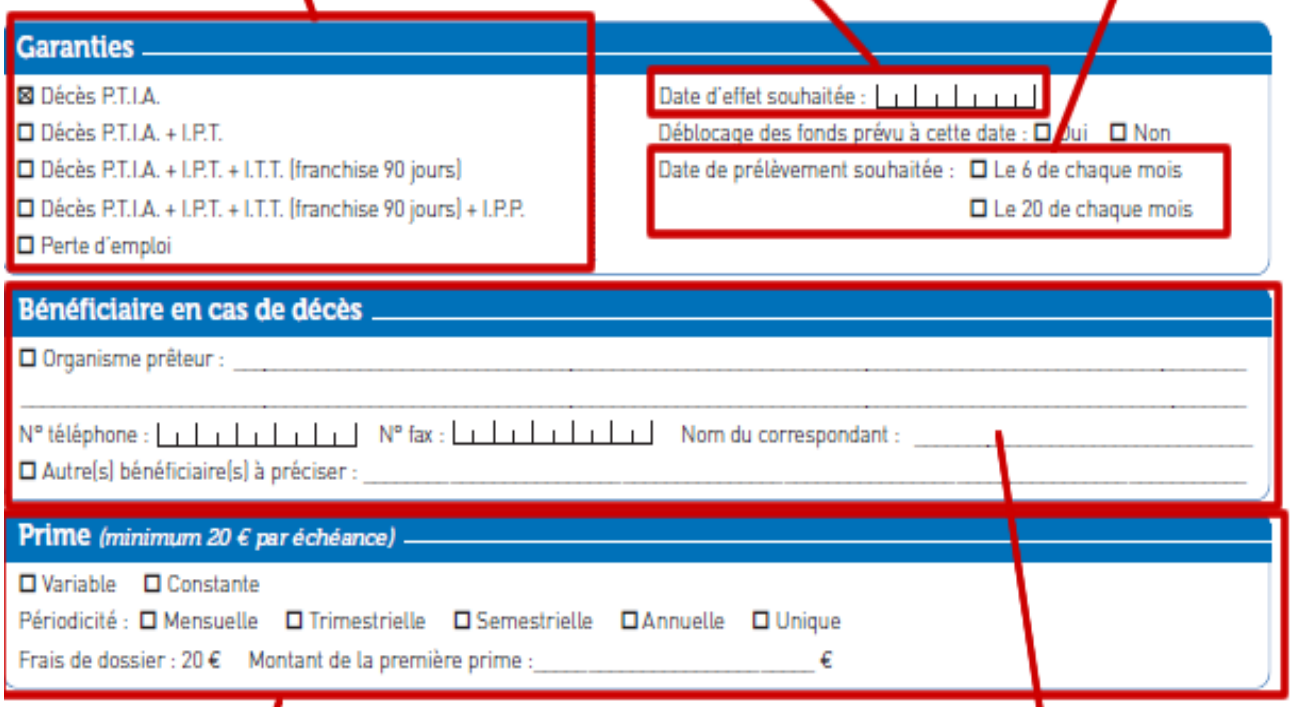
Si NON, veuillez préciser le montant à garantir (capital + intérêts de la période de différé) : _____

Renseignez ici les détails de vos prêts. Aidez vous du plan de financement fourni par votre banque.

Choisissez ici les garanties auxquelles vous souhaitez souscrire. Aller sur http://eolia-assurances.fr/emprunteur.html pour plus d'informations sur les garanties.

La date d'effet du contrat correspond le plus souvent à la date de déblocage des fonds.

Choisissez la date de vos prélèvements.


Garanties
☒ Décès P.T.I.A.
☐ Décès P.T.I.A. + I.P.T.
☐ Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T. (franchise 90 jours)
☐ Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T. (franchise 90 jours) + I.P.P.
☐ Perte d'emploi
Date d'effet souhaitée :
Déblocage des fonds prévu à cette date : ☐ Oui ☐ Non
Date de prélèvement souhaitée : ☐ Le 6 de chaque mois
☐ Le 20 de chaque mois
Bénéficiaire en cas de décès
☐ Organisme prêteur :
N° téléphone :
N° fax :
Nom du correspondant :
☐ Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser :
Prime (minimum 20 € par échéance)
☐ Variable ☐ Constante
Périodicité : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle ☐ Unique
Frais de dossier : 20 €
Montant de la première prime : €

Indiquez ici si vous voulez que les primes soient variables ou constantes. Ainsi que la périodicité des prélèvements souhaitée.

Le bénéficiaire en cas de décès est obligatoirement votre organisme prêteur

Il n'y a aucun frais de prélèvement ou d'échéances : le tarif est le même que vous décidiez de payer mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Il n'y a aucune cotisation associative ou autre, simplement des frais de dossier uniques : 20€ par dossier.

Datez et signez ici si vous êtes non fumeur : cela vous permettra de bénéficier d'un tarif avantageux.

Tarifications spécifiques *(joindre obligatoirement une copie du projet établi)*

Déclaration sur l'honneur (ne pas raturer, ni surcharger)	Date et signature de la personne à assurer
NON FUMEURS Je déclare : - ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de souscription (60 mois dans le cas où je serais âgé de plus de 80 ans au terme du contrat) - ne pas avoir cessé de fumer sur demande du corps médical	Fait le : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Signature :
VLR Je déclare : - être cadre ou fonctionnaire relevant de la catégorie A ou chef d'entreprise (gérant majoritaire ou égalitaire, PDG) ou profession libérale - ne pas exercer d'activité dangereuse - ne pas effectuer de déplacements professionnels (hors transports collectifs) de plus de 20 000 kms/an	Fait le : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Signature :

Je soussigné(e),
- Demande à souscrire au contrat d'Assurance PERENIM.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la note d'information PERENIM (Réf. CGEMP_PERENIM_0111) définissant les garanties dudit contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- En cas de souscription à la garantie Perte d'emploi, je déclare être admissible à cette garantie selon les conditions de souscription mentionnées dans la note d'information PERENIM GARANTIE CHOMAGE (réf. CGCHO_PERENIM_0111) dont je reconnais avoir reçu un exemplaire.
- Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans mes réponses entraînera la nullité de l'assurance (Article L 113-8 du Code des Assurances).
- Reconnais avoir été informé(e) que je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné et réassureur ; ce droit s'exerce auprès du Service Clients d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex *(Loi informatique et libertés 78.17 du 06.01.1978)*.

Fait à : _____ le : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	**Le Souscripteur** Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »	**La personne à assurer** Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »	**Conseil agréé** Signature

N'oubliez pas d'indiquer le lieu et la date

Signez ici

Si vous pouvez répondre positivement aux 3 affirmations, datez et signez ici pour bénéficier d'un tarif plus avantageux

Indiquez ici les noms et adresse des titulaires du compte

Ecrivez ici le nom et les coordonnées de votre banque

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend avec le créancier.

N° NATIONAL ÉMETTEUR
006548

Nom et adresse du Titulaire du compte à débiter :

Nom et adresse du créancier :

AFI·ESCA

AFI ESCA - 4 square Dutilleul
59042 Lille cedex

Compte à débiter :

Code Établissement	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB

IBAN (Identifiant international)

Code BIC

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter :

Date :

Signature :

Prière de remplir et de renvoyer ce document en y joignant un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Référence contrat : _____

N'oubliez d'indiquer le lieu et la date

Recopiez ici les coordonnées bancaire qui se trouvent sur votre RIB

Quelles formalités médicales dois-je remplir ?

Référez-vous au tableau suivant pour savoir quelles formalités médicales vous devez fournir à la compagnie. Tous les questionnaires sont téléchargeables sur notre site à l'adresse suivante: http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur.html

Tableau des formalités médicales au 01/04/2009

Capital assuré *(y compris les encours)*	Age à la souscription		
	Moins de 45 ans	*De 45 à 64 ans*	*De 65 à 79 ans*
Jusqu'à 75 000 €	A		B
De 75 001 € à 200 000 €	A	B	C
de 200 001 € à 250 000 €	B		D
de 250 001 € à 450 000 €	D		
de 450 001 € à 1 000 000 €	D	E	
de 1 000 001 € à 1 500 000 €	E		
de 1 500 001 € à 2 500 000 €	F	G	
au dessus de 2 500 000 €	Consulter le Siège		

En fonction du profil (A, B, C, D, E, F ou G), voici les formalités médicales à effectuer :

	Questionnaire de santé simplifié	Questionnaire médical	Rapport de visite médicale	Profil sanguin (1)	Electrocardiogramme de repos (2)	Examen urines (3) et Rapport financier confidentiel (4)	PSA pour les hommes (Antigène Prostatiques Spécifiques)
A							
B							
C							
D							
E							
F							
G							

(1) Profil sanguin (à faire strictement à jeun) : Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, glycémie à jeun, triglycérides, cholestérol total et HDL – LDL, urée, créatinine, acide urique, gamma GT, transaminases (ASAT, ALAT), sérologie HIV 1 et 2, sérologie de l'hépatite B (Antigène HBS) et de l'hépatite C (anticorps anti VHC).
(2) Electrocardiogramme de repos : Avec tracé et compte rendu du cardiologue.
(3) Examen des urines : Sucre, albumine, leucocytes, sang, examen cytobactériologique des urines (ECBU). Recherche de cotinine urinaire pour les non-fumeurs.
(4) Rapport financier confidentiel : Joindre les pièces indiquées dans ledit rapport.

Les éléments médicaux (questionnaire de santé, demande de compléments, examens etc..) sont à adresser à AFI ESCA sous pli fermé à l'attention du médecin conseil de la compagnie :

Médecin Conseil AFI EUROPE
4, square Dutilleul
59042 LILLE CEDEX

Toutefois pour un traitement plus rapide (par fax ou mail) de votre dossier et un meilleur suivi, l'ensemble des pièces peuvent être transmises à EOLIA. Dans ce cas, il convient de joindre à cet envoi le document « LEVEE DE SECRET MEDICAL », disponibles sur notre site internet à l'adresse suivante : http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur.html

Votre activité professionnelle vous expose à des risques particuliers ?

Si vous exercez l'une des professions suivantes :
Journaliste, Caméraman, Photographe, Marin, Militaire, Industrie pétrochimique, Police nationale, Produits dangereux, Sécurité civile, Pompier, Secouristes.

Rendez-vous sur :
http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur/afiesca/emprunteurqspeproafi.html , téléchargez le questionnaire vous correspondant, complétez le et joignez le à votre dossier d'adhésion.

Vous pratiquez un sport ou une activité aérienne ?

Si vous pratiquez l'une des activités suivantes :
Alpinisme, Sports de neige, Aviation, Automobile, Activités aérienne, Equitation, Motocyclisme, Nautisme, Voile, Motonautisme, Plongée sous-marine, Spéléologie.

Rendez-vous sur :
http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur/afiesca/emprunteurqspesportafi.html, téléchargez le questionnaire vous correspondant, complétez le et joignez le à votre dossier d'adhésion.

Vous résidez ou êtes amené à voyager ?

Si vous résidez, ou êtes amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire en dehors de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie ou de la Nouvelle Zélande, rendez-vous sur http://eolia-assurances.fr/docsemprunteur.html, téléchargez le questionnaire Risques de Séjour, complétez le et joignez le à votre dossier d'adhésion.

La procédure d'adhésion AFI ESCA

Vous avez complété votre dossier d'adhésion AFI ESCA, que se passe-t-il ensuite ?

- Envoyez-nous votre dossier à l'adresse suivante :

  Cabinet EOLIA
  Service Emprunteur
  3 rue Jacques Prévert
  44800 ST HERBLAIN

- Nous nous chargerons d'envoyer votre dossier à la compagnie pour étude. Il se peut que la compagnie exige des compléments médicaux, auquel cas elle vous envoie directement un courrier vous précisant les nouveaux éléments à lui retourner.

- Une fois votre dossier étudié, la compagnie statue. 4 réponses sont possibles :

  - *accepté au tarif normal*
  - *accepté avec surprime*
  - *accepté avec exclusion*
  - *refusé*

- Vous avez été accepté au tarif normal : nous vous enverrons les contrats, en 4 exemplaires (un pour vous, un pour la banque, un pour AFI ESCA et un pour nous). Vous devez signer ces contrats et les faire signer par banque, puis nous renvoyer les exemplaires Assureur et Intermédiaire.

- Vous avez été accepté avec surprime/exclusion : nous vous enverrons une tarification prenant en compte ces éléments que vous devez signer et nous renvoyer. Ensuite, nous vous enverrons les contrats en 4 exemplaires (un pour vous, un pour la banque, un pour AFI ESCA et un pour nous). Vous devez signer ces contrats et les faire signer par banque, puis nous renvoyer les exemplaires Assureur et Intermédiaire.

<u>La signature des contrats en 4 exemplaires formalise votre souscription et vous engage à payer les cotisations à la compagnie.</u>